

Année 1931

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Jacques GRÉVIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 Février 1901, à Paris

LES PIGMENTATIONS
DE LA
MUQUEUSE BUCCALE
DANS LEURS RAPPORTS
AVEC LA SYPHILIS

Président : M. GOUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNE

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1931

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THESE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Jacques GRÉVIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 Février 1901, à Paris

LES PIGMENTATIONS
DE LA
MUQUEUSE BUCCALE
DANS LEURS RAPPORTS
AVEC LA SYPHILIS

Président : M. GOUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNE

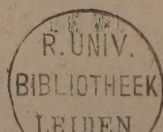
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1931

I. — PROFESSEURS

MM.
ROUVIÈRE

Anatomie	CUNEO
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	ROGER
Physiologie	STROIL
Physique médicale	DESGREZ
Chimie médicale	LEMIERRE.
Bactériologie	BRUMPT
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BAUDOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CLERC.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	ROUSSY
Anatomie pathologique	CHIAMPY.
Histologie	TIFFENEAU.
Pharmacologie et matière médicale	LOEPER.
Thérapeutique	TANON
Hygiène et médecine préventive	BALTHAZARD
Médecine légale	MÉNÉTRIÉR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	RATHERY.
Pathologie expérimentale et comparée	M. VILLARET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LÈREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVLAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
BIET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhin-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Dermatologie et syphiligraphie.
SÉZARY	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESICAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTIERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique obstétricale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
LERI	Clinique médicale.
METZGER	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agréé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail; les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE MARSEILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR IMBERT

MONSIEUR LE DOCTEUR JUGE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND DELILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARVIER

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ BOYER

MONSIEUR LE DOCTEUR PAPILLON

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECENE (*In memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE JONG

(*In memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

MONSIEUR LE DOCTEUR STEVENIN

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

*Qui en acceptant la présidence de cette
thèse, m'a fait un honneur dont je le re-
mercie respectueusement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR COLOMBANI

Directeur du Service de Santé et de l'hygiène publiques
au Maroc

et

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEPINAY

Médecin de l'hôpital civil de Casablanca

En hommage respectueux.

HISTORIQUE

L'histoire des taches pigmentaires buccales nous fait passer en revue un certain nombre d'affections au cours desquelles elles furent successivement décrites et cette diversité souligne l'incertitude qui règne sur leur valeur sémiologique et sur leur pathogénie.

Dès son premier mémoire sur la Maladie bronzée, Addison en 1855 avait noté l'existence de la mélanose des muqueuses à côté de la mélanodermie cutanée. Les observations de plus en plus nombreuses, personnelles ou autres, lui permettaient trente ans plus tard d'en faire un signe pathognomonique de cette maladie bronzée.

A peu près à cette époque, certains cliniciens étaient frappés de ce fait que la mélanodermie et la mélanose buccale pouvaient se rencontrer chez des malades certainement non atteints de maladie d'Addison et qui par contre présentaient un état de déchéance physique très marqué, pouvant faire hésiter sur le diagnostic d'Addison. Ces malades, en outre, étaient des phthisiques.

Thibierge, le premier, (en 1891) avait attiré l'attention sur ces faits et d'autres observations de Chauffard, Boudet, Grisel en 1892, puis Danlos tendaient à individualiser une « maladie des vagabonds » carac-

lérisée par la phthiriasé, la cachexie et la mélanodermie. Ce dernier symptôme dans sa localisation, peu fréquente d'ailleurs, sur la muqueuse buccale, n'était donc plus pathognomonique de la maladie bronzée.

Un peu plus tard, en 1903, Laffitte et Moncany signalent l'existence de pigmentations buccales chez certains tuberculeux pulmonaires. Jusqu'alors, bien que la mélanodermie cutanée soit connue dans la tuberculose, l'absence de localisation buccale en faisait un élément majeur dans le diagnostic d'avec la maladie d'Addison.

Entre tant, d'une façon sporadique, on signale la pigmentation buccale dans le goître exophtalmique (Mœbius, Sibley 1895), dans la maladie de Recklinghausen (Oddo 1895), dans la sclérodermie (Audry et Boireau 1906, Kren 1909), dans l'anémie pernicieuse (Hale White 1907, Rolleston 1909, French 1911), dans les cirrhoses pigmentaires (Gouget 1912), le diabète bronzé (Marcel Labbé et Bith).

Mais c'est en 1908, à la suite d'un travail de Sabareanu, qu'une notion nouvelle se fait jour. La mélanose buccale, à la pathologie si diverse, peut n'être tout simplement qu'un stigmate d'origine purement ethnique. Simplicité apparente que celle de cette explication, car aussitôt, les races les plus disparates sont signalées comme pouvant en être l'objet. Sabareanu avait parlé des Roumains et des Tziganes, Mollow en rencontre chez les Bulgares. Si bien que lorsque les premiers cas furent observés en France de pigmentations d'origine en apparence non pathologique,

Bonnet pensa qu'il ne s'agissait pas d'un phénomène ethnique, mais tout simplement d'un phénomène physiologique, opinion confirmée par de nombreux auteurs (Dufour, Lortat-Jacob, Crouzon). Les taches pigmentaires buccales après avoir eu un rôle séméiologique capital, puis banal, devenaient un phénomène observé chez des sujets bien portants ou venant consulter pour des affections manifestement sans rapport avec celles que l'on reconnaissait pouvoir provoquer une pigmentation des muqueuses. Milian, le premier, fit prendre rang à la syphilis parmi ces affections tendant à provoquer des pigmentations buccales. L'hypothèse qu'il présentait en même temps que son premier malade en 1912 fut confirmée par le Professeur Léri et par de nombreuses observations que nous reproduisons, dans lesquelles la syphilis est indiscutable. La fréquence de plus en plus grande de celle-ci dans les observations étudiées rend à la mélanose buccale la valeur d'un signe morbide dont nous chercherons à préciser l'importance, le mécanisme et la signification.

SYMPTOMATOLOGIE

L'aspect de ces pigmentations buccales est très variable dans leur siège, leur forme, leur couleur.

Siège. — Tous les points de la muqueuse buccale peuvent être touchés; les lèvres où elles débordent rarement sur la portion visible.

La face interne des joues, leur siège prédominant avec maximum d'intensité et de fréquence suivant une ligne répondant au sillon interdentaire, principalement au voisinage de la commissure labiale.

Le voile et la voûte palatine où elles sont déjà plus rares.

La face dorsale de la langue est rarement touchée, sa face inférieure et le plancher de la bouche ne paraissent l'être jamais.

Forme. — On a le plus souvent un lacis, un réseau très fin et très serré, irrégulier dans ses contours, d'aspect homogène vu à une certaine distance.

Dans d'autres cas, ce sont de véritables taches, à la trame plus dense, aux contours assez bien limités, vaguement circulaires, aux bords irréguliers, circonfins, dont la surface varie entre celle d'une lentille et celle d'une pièce de 50 centimes.

D'autres fois, c'est un piqueté très fin, analogue à une décharge de poudre et s'étalant de façon diffuse.

Teinte. — Là encore, on peut avoir toutes les variétés allant du bistre clair, au gris bleuté, ardoisé, et au brun foncé.

Dans l'ensemble, on peut attribuer à ces taches une certaine fixité dans leur présentation.

Alors qu'au voile du palais ce sera un piqueté noirâtre et diffus, les taches circonscrites de teinte bistre se verront plus volontiers sur les lèvres, la face interne des joues et la langue où elles peuvent former également des sortes de bandes. Enfin, au niveau des commissures labiales et de la ligne interdentaire, siège habituel de la leucoplasie, elles peuvent former avec celle-ci des images intriquées, et pour cette raison, le plus souvent, prendre l'aspect de traînées irrégulières, grisâtres.

D'une façon générale, il n'y a pas de signes fonctionnels concomitants qui puissent faire soupçonner au malade leur existence ou leur apparition. C'est toujours une découverte lors de l'examen.

La pigmentation de la peau et celle des muqueuses ne sont pas forcément associées. Cette coexistence paraît être la règle dans la maladie d'Addison, la tuberculose et en général les affections endocriniennes; au contraire, chez les sujets syphilitiques, les lésions paraissent être dans la majorité des cas, localisées au niveau de la seule muqueuse buccale.

ETIOLOGIE

Si l'on considère les taches pigmentaires en dehors de la notion de l'affection causale, certains points de leur étiologie sont à préciser.

Sexe. — La plupart des malades sont des hommes dans 75 p. 100 des cas environ.

Age. — C'est un accident de l'âge adulte. Si l'héredo-syphilis peut être mise en cause, on n'a jamais du moins signalé la pigmentation dans l'enfance comme un de ses stigmates.

Les auteurs même qui ont pensé à l'origine ethnique sont d'accord pour déclarer que l'apparition des taches ne se fait qu'après la puberté.

Toutefois il faut retenir la possibilité exceptionnelle de maladie d'Addison chez l'enfant.

Chez l'adulte, la notion d'âge est sans influence.

Causes locales. — S'il est des causes prédisposantes, l'état de la dentition ne peut être en jeu que dans une mesure restreinte. La pigmentation siège en effet souvent au niveau du sillon interdentaire, mais il ne faut pas oublier qu'elle peut également siéger sur la voûte ou le voile du palais.

Le tabac ne joue pas un rôle évident.

Par contre, il est fréquent de constater de la leu-

coplasie buccale antérieure ou concomittante. D'autres inflammations locales peuvent fixer la pigmentation. Telle la maladie de Dühring comme dans le cas d'Horowitz et Lotte, le lichen plan (Danlos).

Causes générales. — Nous envisagerons plus loin quel rôle il faut attribuer aux troubles généraux de l'économie, en particulier aux troubles endocrinopathiques.

La coloration de ces taches est due à la présence d'un pigment qui a toujours été identifié comme étant de la mélanine.

Ce pigment siège dans l'épiderme, au niveau de la couche germinative et surtout à l'extrémité des espaces interpapillaires. Les cellules malpighiennes en contiennent également quelque peu, toujours avec la même localisation. Le pigment est réparti en grains intracellulaires, quelquefois en trainées intercellulaires.

On rencontre aussi quelques mélanoblastes dans le derme, mais à l'extrémité des papilles, en regard de la zone épithéliale la plus pauvre en pigment. Dans les capillaires eux-mêmes, on n'en observe pas. Parfois ces capillaires peuvent être dilatés et entourés d'une zone d'infiltration lymphoconjonctive discrète (Pautrier). Souvent, il n'y a aucune réaction cellulaire pouvant traduire un processus pathologique.

Il est intéressant de noter que c'est au sommet de la papille, là où les échanges sont en principe le plus actif, que se trouvent groupés les mélanoblastes

et que la couche mère est le moins pigmentée. Il est donc logique de penser que le pigment est élaboré par la couche germinative et que la répartition du pigment suit un courant centripète.

Il est à noter également que cette disposition histologique est identique à celle que Darier a observé dans la bordure hyperpigmentée des taches de vitiligo.

EVOLUTION

Ces lésions pigmentaires se développent le plus souvent sans attirer l'attention du malade et sont découvertes au cours d'un examen somatique. C'est dire qu'il est difficile de préciser leur début et la rapidité de leur évolution. Lorsque l'étude a pu en être faite, cette évolution est apparue très lente, les taches apparaissent le plus souvent fixées dans leur aspect. Elles sont aussi longues à s'atténuer.

Chez les phtiriasiques, même débarrassés de leurs poux et revenus à un bon état général, c'est bien longtemps après la guérison que les taches pâlissent et peuvent mettre des années à disparaître.

Le traitement antisypilitique, appliqué lorsqu'il était indiqué, a une action peu marquée sur l'atténuation des symptômes.

COMPLICATIONS

Les pigmentations buccales sont intéressantes pour leur valeur objective, mais n'apportent au malade aucun trouble fonctionnel. Il faut pourtant connaître la possibilité de leur transformation maligne. Deux cas en ont été publiés. L'un par Roy (Laryngosc. 1907) d'une tache pigmentée du palais, devenue sarcomateuse au bout de vingt ans. L'autre par Milian d'une tumeur mélanique ayant apparu au bout de quatre ans environ, au niveau de la commissure labiale.

Il s'agit de tumeurs mélaniques dont l'aspect à la coupe est plus celui d'un sarcome fuso-cellulaire que d'un nævo-carcinome proprement dit. Le pronostic de ces tumeurs est évidemment très sombre.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'une pigmentation buccale est évident.

Tout au plus peut-on soulever l'hypothèse d'un nævus qui serait en l'espèce un nævus tardif et un nævus des muqueuses. Or si le nævus tardif existe (Gougerot) il est très rare, et le nævus pigmenté des muqueuses n'est pas décrit classiquement.

Il faut distinguer la mélanodermie buccale, due

à un pigment, des colorations dues à un dépôt métallique qui peuvent en simuler l'aspect. Un certain nombre d'intoxications peuvent en effet déterminer des pigmentations par imprégnation métallique de la muqueuse buccale.

C'est ainsi que l'usage prolongé de préparations argentiques, comme on le voyait autrefois lors du traitement du tabes par les pilules de nitrate d'argent, peuvent provoquer une mélanodermie gris ardoisé, gorge de pigeon et plus rarement un dépôt métallique au niveau des gencives.

Actuellement, il est plus fréquent d'observer des phénomènes analogues avec l'emploi courant du bismuth dans la thérapie de la syphilis. Les accidents décrits par Louis Fournier, puis par Milian et Périn sont constitués dans un premier stade par la pigmentation du bord libre des gencives, analogue au liseré de Burton et plus rarement par des pigmentations circonscrites dont l'aspect varie un peu suivant le siège. Aux lèvres et à la face interne des joues où elles siègent le plus souvent, ce sont des taches noires, parfois bleu-grisâtres, irrégulières, de un demi à un centimètre de diamètre environ, séparées par des intervalles de peau saine. On les voit surtout en regard des dernières molaires et sur la muqueuse de la lèvre inférieure. Plus rarement, il s'agit d'une pigmentation diffuse peu apparente. Au niveau de la langue, et à la région sublinguale, l'aspect est nettement celui d'un piqueté noirâtre, prédominant sur les bords, la face dorsale de la langue étant en général recou-

verte d'un enduit saburral plus ou moins marqué. Tous ces aspects, enfin, peuvent se retrouver au niveau de la voûte palatine qui est pigmentée exceptionnellement.

Chez les saturnins, outre le classique liseré gingival de Burton, on connaît l'existence de plaques ardoisées, dites de Gubler, quoiqu'elles aient été décrites dès 1855 par Grisolle. On bien discrètes, elles forment un feston allongé, en face du liseré de Burton — ou bien de coloration plus intense, elles forment de larges taches sur les muqueuses jugales et labiales. Composées d'un reticulum à mailles fines ou d'une série de points rapprochés et fins, elles ont une coloration allant du gris ardoisé au bleu foncé et même du noir, coloration plus intense au centre qu'à la périphérie.

Quelle qu'en soit l'étiologie, il est facile de rapporter à leur cause ces pigmentations, n'ayant rien de commun avec les pigmentations mélaniques qui nous intéressent. Elles ne sont d'ailleurs qu'un phénomène passager et leur aspect ne tarde pas à se modifier rapidement, évoluant vers la gingivite et la stomatite.

Les observations qui suivent, au nombre de 21, sont celles qu'il nous a été permis de recueillir, tant personnellement que dans la littérature médicale. Elles concernent des malades chez lesquelles la syphilis a été retenue comme la seule étiologie plausible, en général venus consulter ou déjà en traitement pour spécificité.

OBSERVATION I

Milian (Soc. med. Hop., 10 octobre 1913). — Mélanose buccale d'origine syphilitique.

Roumaine présentant sur les lèvres des taches noires mêlées à de petites taches leucoplasiques. Il y a sur la langue de la glossite décapillante syphilitique. Enfin à la commissure labiale droite, il existe à cheval sur la muqueuse et sur la peau, une ulcération peu profonde qui date de plusieurs mois, allant et venant, guérissant et récidivant; or, à l'extrémité de la muqueuse de l'ulcération existe une tache pigmentaire évidemment née sous l'influence du processus inflammatoire syphilitique, de la même manière que la leucoplasie naît à l'extrémité ou sur le flanc des ulcérations.

Les taches noires sont apparues depuis 2 ans, en

même temps que les placards leucoplasiques des muqueuses, et il est indiscutable que la syphilis soit ici la cause à la fois des taches blanches et des taches noires, de la même manière qu'au cou elle fait des taches blanches et des taches noires sous le nom de syphilides pigmentaires.

OBSERVATION II

Léri et Cochez (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1922).

Homme, 58 ans, manœuvre. — Il présente sur la muqueuse buccale et spécialement sur la face interne de la joue gauche, une série de taches de près de un centimètre carré, irrégulièrement arrondies, très intensément pigmentées, de couleur brun bleuâtre foncé; sur les lèvres, sur la voûte palatine, il existe quelques taches plus claires, café au lait. Le malade ignorait l'existence de ces plaques pigmentaires. Il n'y a pas de taches pigmentaires à l'anus, ni sur le gland.

Cet homme n'est pas un addisonien; il n'a aucune pigmentation cutanée, même pas, peut-on dire, une pigmentation provoquée, car on lui a appliqué des pointes de feu sur la base du thorax il y a quatre mois et ces pointes de feu n'ont laissé que des cicatrices très finement pigmentées; il n'a pas de troubles digestifs, pas de diarrhée, pas de douleurs abdominales, ni de point douloureux à la pression de l'angle

costé lombaire; sa tension artérielle au Pachon est de 13 1/2-8. Il n'est pas phthiriasique; il n'a subi aucune intoxication et notamment n'a suivi aucun traitement arsenical ou argyrique. Il est né dans la Corrèze de parents français, et n'a jamais vécu que dans son pays natal ou à Paris; il ne saurait donc s'agir d'une influence ethnique.

Mais cet homme est un syphilitique; il reconnaît dans ses antécédents un chancre il y a 37 ans, pour lequel il ne s'est pas fait soigner bien que le diagnostic ait été fait par un médecin; il n'aurait pas eu d'accidents secondaires. De plus il est entré dans le service pour des douleurs de la base du thorax; or bien que l'inspection, la palpation et l'auscultation n'aient rien révélé d'anormal à ce niveau, la radiographie a montré nettement une ectasie aortique. Le Wassermann s'est montré négatif.

Il s'agit donc d'une pigmentation buccale très intense, en apparence isolée et physiologique chez un homme dont l'examen n'a rien révélé d'anormal, si ce n'est une syphilis avérée et avouée actuellement manifestée par une ectasie aortique bien que le W. se soit montré négatif ».

OBSERVATION III

Léri et Cochez (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1922).

Femme, 71 ans, blanchisseuse. — Elle a de petites taches pigmentées, café au lait, un peu claires,

mais nettes et indiscutables, sur la muqueuse jugale gauche. Elle n'a pas de pigmentation vulvaire anormale, mais l'anوس est très foncé.

Elle présente en outre, depuis une vingtaine d'années à son dire, une pigmentation cutanée en taches et en plaques extrêmement intenses; elle a aux mains de véritables gants brunâtres, irrégulièrement limités au voisinage des poignets, sur les avants-bras, sur les épaules, sur le cou, sur les pieds, d'innombrables mouchetures ou placards brunâtres; entre les taches pigmentaires et parfois séparées d'elles, aux mains du moins, par de petites couronnes d'éléments pigmentés de façon particulièrement intense, se trouvent des plaques de dépigmentation : il s'agit donc manifestement de vitiligo.

Or cette malade est, elle aussi, syphilitique; elle a eu un chancre et des plaques muqueuses il y a quarante-six ans; elle ne présente presque plus de réflexes rotuliens et pas du tout d'achilléens; elle a une subluxation du genou droit avec mobilité anormale qui s'est produite brusquement et sans douleurs il y a une vingtaine d'années et qui est manifestement une arthropathie tabétique; elle a enfin un beau type de glossite sclérogommeuse. Le Wassermann est positif.

D'autre part, elle n'est pas addisonienne; sa pression artérielle est élevée : 18 1/2-8. Elle n'a pas de troubles digestifs et pas de douleurs, si ce n'est au niveau du foie qui est gros, mais pas très dur, et à la surface duquel on sent deux saillies arrondies,

nodules cancéreux ou gommeux (?) Elle n'est pas phtiriasique; elle n'a suivi aucun traitement par l'arsenic ou le nitrate d'argent. Les auteurs, après avoir rappelé les rapports du vitiligo avec la syphilis, se demandent si par analogie on ne peut attribuer la même étiologie à ces pigmentations buccales. Ils signalent par ailleurs la syphilis dans certaines des observations jusqu'alors publiées de pigmentations dites physiologiques ou ethniques et concluant ainsi : « Ce serait de l'addisonisme fruste dû non au bacille de Koch, mais au spirochète ».

OBSERVATION IV

Hudelo et Rabut (Bullet. de la Société Française de Dermatologie et Syphilographie, 1927). — Pigmentation de la muqueuse buccale.

Mlle C..., 34 ans, — vient consulter pour des taches buccales qui l'intriguent depuis 6 mois. Il s'agit d'une pigmentation ardoisée, répartie irrégulièrement, de dimensions variables, sur la face interne des joues, la face dorsale de la langue, les gencives, les lèvres. La malade a pris du bismuth depuis un certain temps, mais en quantités minimales, pour troubles gastriques. L'examen microscopique a révélé une infiltration cellulaire par du pigment qui présente les caractères histiobiochimiques de la mélanine (Docteur Cailliau).

La pigmentation buccale est prédominante, mais

il en existe ailleurs sur le corps, les mains, le front, la vulve.

Trois hypothèses : 1° arguments pour une hérédosyphilis :

Sérélogie négative.

Mère gémellaire et fausse-couche.

Père mort de méningite à 20 ans.

La malade présente de l'asymétrie faciale, bosses frontales accentuées, irrégularité de l'implantation dentaire, axyphoïdie.

Examen oculaire (M. Dupuy-Dutemps) : coloboma bilatéral portant non seulement sur l'iris, mais sur la choroïde et le nerf optique.

2° Troubles du sympathique.

Pas de raie blanche, pas de réflexe pilo-moteur.

R_{OC} = 82-98.

3° Troubles endocriniens.

Absence de règles depuis 13 ans.

Tension artérielle : 11-6 1/2. Sensation de doigt mort, frilosité, troubles digestifs, asthénie, traduisant l'insuffisance surrénale.

A 13 ans, Fernet Bouland — réaction à la tuberculine positive.

Chez cette malade, M. Milian constate en outre de légères traces de leucoplasie et la cicatrice d'une lésion sur le bord antérieur de la langue.

OBSERVATION V

Spillmann et Drouet (Réunion dermatologique de Nancy, 14 février 1925). — Gomme syphilitique du sternum et mélanodermie généralisée.

Edmond P., 66 ans, manoeuvre. — Sans antécédents personnels particuliers, nie tout accident spécifique.

A eu 6 enfants, dont deux jumeaux morts peu après la naissance et a encore 4 enfants vivants.

Entre à la clinique dermatologique le 6 février 1925 pour pédiculose et pour une lésion volumineuse de la région sternale datant de deux ans environ.

Actuellement masse volumineuse au niveau de l'articulation de la clavicule et des deux premières côtes avec le sternum du côté gauche. Cette tuméfaction est rouge et présente trois pertuis ombiliqués d'où s'écoule un liquide bouillon sale. Masse adhérente au squelette. Pas de signes de compression du côté du médiastin.

Le malade, vieux fumeur, est très amaigri et affaibli.

L'auscultation des poumons révèle une respiration très affaiblie au sommet gauche et une respiration rude à expiration soufflante au sommet droit.

La localisation sterno-claviculaire impliquait le diagnostic de gomme spécifique. Le Bordet-Wassermann fut en effet positif.

Le malade présentait une mélanodermie des va-

gabonds très accentuée avec prédominance aux lieux d'élection.

On constatait en outre chez lui des plaques pigmentées sur la face interne des joues et sur le bord de la langue.

Tension au Vaquez : 10,5-6,5.

OBSERVATION VI

Milian et Lenormand (Société de Dermatologie, 9 juin 1927). — Leucoplasie et taches mélaniques associées sur la muqueuse buccale.

Le nommé L..., Algérien, 37 ans, est hospitalisé pour syphilides nodulaires apparues il y a six mois.

Réaction de Wassermann très positive.

A côté de ces lésions en activité, existent des cicatrices laissées par des lésions analogues pour lesquelles le malade a reçu quelques injections de Quinby il y a un an. A l'abdomen et derrière l'épaule droite, nombreuses cicatrices confluentes, décolorées, lisses, gaufrées, circulaires ou polycycliques, entourées d'une zone d'hyperpigmentation diffuse.

Au niveau de la muqueuse buccale : taches mélaniques, ardoisées, bien limitées siégeant sur les gencives, mais surtout à la face interne des joues où elles sont juxtaposées à des lésions de leucoplasie.

Il est probable, disent les auteurs, que la syphilis a fait dans la bouche ce qu'elle a fait sur la peau. Ils écartent l'origine ethnique, n'ayant jamais obser-

vé de telles taches sur les Algériens qu'ils ont examinés.

Enfin, ce malade ne présentait aucun signe d'insuffisance surrénale. Tension artérielle : 16-9 au Vaquez. Pas d'asthénie, pas de douleurs coeliaques ni de phénomènes gastro-intestinaux.

OBSERVATION VII

Lonjumeau (Société de Dermatologie, 9 février 1928).

— Leucoplasie et mélanose jugale.

Malade, âgé de 61 ans, entré à l'hôpital pour anasarque, dyspnée, oligurie, albuminurie, subictère.

Foie hypertrophié, douloureux, lisse. Rate normale.

Poumons encombrés de ronchus et de sibilances.

Deuxième bruit aortique un peu claqué. — Tension 7-12 au Vaquez. Sur les lèvres, la face interne des joues, présence de plusieurs taches pigmentées, ardoisées de un quart à un centimètre de diamètre, quelques-unes bordées, d'autres complètement encadrées par des plaques de leucoplasie. La langue est entièrement transformée par une glossite scléreuse, lisse avec quelques sillons transversaux.

Né à Lyon, tous ses ascendants sont d'origine lyonnaise.

A 25 ans, chancre induré de la verge soigné par des cautérisations au nitrate d'argent.

Marié deux fois : sa première femme a eu deux enfants, l'un mort-né, l'autre bien portant. La seconde femme n'a eu qu'un enfant mort à l'âge de cinq jours.

Vers 30 ans, la langue commence à se rétracter, à devenir scléreuse, avec par périodes, des lésions ulcéreuses superficielles.

Vers 40 ans, s'aperçoit de l'apparition des taches mélaniques.

Vers 45 ans, apparition de la leucoplasie.

Réaction de Wassermann fortement positive.

Sous l'influence du traitement antisypilitique, amélioration considérable de l'état général. La pigmentation pâlit légèrement.

- OBSERVATION VIII

Milian et Launay (Soc. de Dermatologie, 9 février 1928). — Leucoplasie et taches mélaniques de la muqueuse buccale chez un phtiriasique avec mélanodermie syphilitique.

M. Tz..., 60 ans. — Entre à l'hôpital dans un état de misère extrême, couvert de vermine, porteur d'une mélanodermie phtiriasique typique.

En outre, ce malade dit avoir contracté la syphilis il y a 25 ans.

Il a eu un chancre, suivi d'une éruption cutanée, un médecin a fait une série d'injections intramusculaires.

Enfin c'est un tousseur de longue date, a eu une petite hémoptysie, Hippocratisme. La clinique et la radio montrent une densification du lobe supérieur droit et du sommet gauche, probablement d'origine tuberculeuse; cependant, pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Sur la muqueuse buccale : 1° leucoplasie remarquable par sa diffusion, occupant la face supérieure de la langue, la face interne des joues depuis la commissure labiale jusqu'au pilier antérieur du voile.

2° sur cette leucoplasie se dessinent de nombreuses taches mélaniques, les unes sur la joue gauche où elles forment une traînée horizontale au devant du pilier antérieur, les autres sur la partie toute postérieure de la voûte palatine où elles constituent un réseau brunâtre.

Tension artérielle : 16-6. Pas d'asthénie, ni de signe de déficience surrénale. Le malade est né à Neuilly, tous ses ancêtres sont Français.

En résumé, taches mélaniques et leucoplasie buccales chez un mélanodermique phthiriasique porteur à la fois de syphilis et de tuberculose.

OBSERVATION IX

Milian et Launay (Soc. de Dermatologie, 9 février 1928). — Leucoplasie et taches mélaniques buccales chez un syphilitique.

M. R..., 27 ans, traité salle Saint-Louis pour un chancre mou avec bubon. Dit avoir contracté la sy-

philis il y a 7 ans. Il a effectivement sur le prépuce, la cicatrice d'un chancre et même on découvre chez lui un signe d'Argyll-Robertson.

Sur la muqueuse de la joue gauche, on voit une belle plaque leucoplasique centrée par une tache ardoisée des plus nettes. Aucun élément surrénal, aucun élément ethnique. Le malade ainsi que tous ses parents sont nés à Neuilly-sur-Seine. Nous ne voyons aucune façon d'expliquer ici la mélanose buccale autre que l'étiologie syphilitique.

OBSERVATION X

Observation inédite recueillie dans le Service du Professeur Léri (résumée).
L... Marcel, 29 ans.

Soigné en décembre 1926 à Cochin pour crises nerveuses de type comitial apparue depuis 18 mois.

Il y a 15 ans : Chute d'environ 4 mètres, sur la région temporo pariétale gauche. Pas de crises consécutives.

En 1918, enterré par un éclatement de gros obus, n'a pas été blessé, mais aurait saigné du nez et des oreilles.

Examen : Pas de traces sur la voûte crânienne.
Cœur normal.

Réflexes rotuliens faibles. Pas de Babinski.

Leucoplasie buccale droite.

Pigmentation de la face interne des joues, très

nette et assez intense, tout particulièrement du côté gauche.

OBSERVATION XI

Milian (Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, 14 juillet 1928).

Italien né à Paris, de parents piémontais. Agé de 18 ans.

Présente des cicatrices radiées des commissures labiales.

A la face interne de la joue droite, légère leucoplasie interdentaire et tache mélanique.

A gauche, légère ligne pigmentée interdentaire et leucoplasie plus légère encore.

OBSERVATION XII

Gougerot et Burnier (Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, février 1930).

Malade N° 101.866. — Agé de 45 ans. A constaté depuis 1922 l'existence de taches brunâtres sur les lèvres. La première est apparue sur la ligne médiane de la lèvre inférieure, vers le moment de la ménopause, puis de nouvelles taches apparurent sur la lèvre inférieure, puis sur la lèvre supérieure, si bien qu'actuellement on constate une dizaine de taches

arrondies, de la grandeur d'une lentille ou d'un grain de mil, de coloration ardoisée, noirâtre, plus claire sur la lèvre supérieure. Quelques taches identiques existent sur la muqueuse jugale non loin des commissures. La muqueuse n'est pas modifiée au niveau des taches; il n'existe aucune trace de leucoplasie.

Ces taches ne reconnaissent pas une origine ethnique, le malade est Français et n'a pas quitté la France, les glandes surrénales ne semblent pas en déficience; la malade n'offre aucune asthénie et sa tension artérielle est de 15-9. Les taches ayant coïncidé avec la ménopause, on peut soupçonner une hypopovarie.

D'autre part, la malade est très émotionnable, la raie vaso motrice abdominale peut être très facilement provoquée et persiste anormalement. Après une injection de un millimètre d'adrénaline, on note une chute de la pression artérielle et du nombre des pulsations (réaction inversée). (Docteur Juster).

La réaction de Bordet-Wassermann est complètement positive chez la malade. On note chez elle l'existence de cicatrices fissuraires commissurales qui sont en faveur de l'hérédo-syphilis. Le mari de la malade est syphilitique depuis 1913 et a contaminé sa femme; les trois enfants ont un Wassermann complètement positif et l'une des enfants est devenue sourde et muette à la suite d'une méningite contractée à l'âge de 4 ans.

OBSERVATION XII

Launay. — In thèse Mlle Selikowitch

F..., ébéniste, 58 ans. — Entre à la salle Saint-Louis au début de l'année 1928 pour ulcération syphilitique de la jambe gauche. Tous les ongles des orteils sont déformés (ongles syphilitiques de Milian). Inégalité pupillaire et réaction faible à la lumière.

En outre, mélanodermie à type phthiriasique s'accompagnant de lésions de grattage.

Sur la face interne de la joue gauche, tache ardoisée, diffuse, très pâle, en forme de fer à cheval.

Les recherches des lésions tuberculeuses n'ont montré rien de net, de même pour l'insuffisance surrénale. L'épreuve au dynamomètre est normale.

Réaction de Wassermann négative.

OBSERVATION XIV

Launay. — In thèse Mlle Selikowitch

D. — Coiffeur, 71 ans. — Entre à la salle Saint-Louis le 5 mars 1928.

Mélanodermie phthiriasique. Phthiriasé des vêtements constatée à l'entrée. Localisation aux zones couvertes.

Deux taches bleutées sur la joue droite, vis-à-vis de deux dents cariées. Vieil homme amaigri, chétif. Pas de leucoplasie buccale. Signe d'Argyll positif.

Pupilles myotiques et inégales. Double souffle aortique. Wassermann négatif.

Toux et expectoration anciennes. Ronchus, voile des deux sommets. Bref, signes de sclérose pulmonaire.

Tension artérielle 17-7. Dynamomètre, 40 à la première minute, 50 à la cinquième.

Foie : présence d'urobiliné urinaire.

Epreuve de la pigmentation provoquée, positive.

Traitement institué le 7 mars. Une ampoule de cyanure de 0,01 tous les jours. Soit le 2 avril. La mélanodermie persiste, mais les taches pigmentaires ont beaucoup pâli.

OBSERVATION XV

Mlle Selikovitch. — (Thèse Paris 1928)

Félix D..., marinier. Originaire du Loiret. — Entre en mai 1928. Salle Saint-Louis, lit n° 9, pour bubon suppuré.

Le corps présente une pigmentation brune plus marquée à la face, au cou, au dos des mains et en général sur toutes les parties découvertes. Naevus pigmentaire sur l'épaule droite. Une cicatrice d'appendicite opérée il y a 20 ans est plus pigmentée que le reste du corps. Il n'y a pas de phthiriasse. Deux ventouses posées autrefois ont laissé des traces pigmentaires marquées.

De chaque côté de la face interne des joues, quel-

ques petites taches pigmentaires siégeant sur la ligne interdentaire. Palais et langue indemnes.

Traînées de leucoplasie commissurale et linguale. Denté en mauvais état.

Sur la verge, petite cicatrice arrondie un peu pigmentée, témoignage de chancre qu'a eu le malade à ce niveau en 1915.

L'articulation phalango-phalangienne du médus droit présente une hypertrophie. Une radiographie montre qu'il s'agit d'une hyperostose.

L'épreuve au dynamomètre montre que la force musculaire est conservée. Pas de troubles gastriques. La tension au Pachon est de 12-7.

Réflexes tendineux normaux. Réflexes lumineux très faibles. Le Wassermann est positif. Le traitement est institué. Les taches pigmentaires semblent avoir pâli. Le malade a quitté l'hôpital en bonne santé.

OBSÉRVATION XVI

Mlle Šelikovitch. — (Thèse Paris 1928)

L..., 48 ans. Originaire de la Corrèze.

Vient consulter à la polyclinique pour une ulcération siégeant sur le bord gauche de la langue et reposant sur une plaque de leucoplasie. Donc syphilide ulcéreuse de la langue avec leucoplasie. Il y a également sur la partie antérieure de la langue une plaque de leucoplasie.

De chaque côté de la face externe des joues, traînées leucoplasiques intriquées avec des traînées brunnâtres, surtout à gauche et en avant une petite tache ronde, brune, d'environ un demi centimètre.

Inégalité pupillaire. Signe d'Argyll Robertson. Wassermann négatif.

Quelques légers troubles mentaux, surtout perte de la mémoire.

Mis au traitement à partir de fin novembre 1928, date à laquelle le malade a consulté.

OBSERVATION XVII

Sézary et Mamou (Société de Dermatologie, 13 février 1930).

Tabes axtaxique chez un Arabe algérien.

Mohamed ben B..., 42 ans.

En 1917, chancre de la verge, contamination par un virus africain, suivi d'une éruption généralisée.

Actuellement présente des signes classiques et multiples de la série tabétique : ataxie, Romberg, hypotonie musculaire, troubles de la sensibilité, surtout profonde.

Abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs. Argyll Robertson.

Wassermann fortement positif. Dans le liquide céphalo rachidien : hyperleucocytose, hyperalbuminose, réactions de Wassermann et du benjoin positives.

Légère hyperkératose commissurale exulcérée, entourée de taches pigmentaires très nettes.

★★

Suivent 4 observations personnelles recueillies au Dispensaire antivénérien de Casablanca, grâce à l'obligeance de M. le Docteur Lépinay, médecin-chef du dispensaire :

OBSERVATION XVIII

Falma bent, femme de 40 ans présumé. — Vient consulter le 18 août 1930 pour des ulcérations buccales ayant débuté il y a 2 ans. Ces lésions ont pris naissance au niveau de la voûte palatine — donnant l'aspect et la sensation de brûlures — sans troubles de l'état général, avec une évolution progressive jusqu'à l'état actuel. La lèvre inférieure est un peu boursoufflée, gardant l'empreinte des dents. Sur son versant interne, tache ayant l'aspect d'une ulcération fraîchement cicatrisée avec un piqueté pigmenté de coloration aubergine.

Le versant interne de la lèvre supérieure est le siège d'un large placard diffus, ardoisé au centre, lie de vin à la périphérie.

Sur la langue existent des taches lenticulaires couleur lilas très pâle, surtout en avant — et corres-

pendant au rebord dentaire qui garde l'empreinte des dents.

Sur la voûte, placards nacrés.

Sur le voile, taches lenticulaires, couleur charmois

Sur la face interne des joues, taches diffuses lie de vin siégeant au niveau du sillon interdentaire et placards de leucoplasie intriqués avec celles-ci.

Il y a vingt ans, chancre de la vulve suivi d'une éruption papuleuse. Depuis lors jusqu'à il y a deux ans, aucun phénomène anormal.

Contaminée par son mari, syphilitique, mort d'ictus il y a cinq ans.

Deux enfants sont nés avant le contag, deux après, tous les quatre sont bien portants — pas de fausse couche.

En outre, depuis deux ans, diarrhée prandiale, pas de sang dans les selles — brûlures au niveau de l'épigastre.

Examen. — Pas de diminution de la force musculaire au dynamomètre (23-21-23).

Tension au Vaquez : 14-9.

A l'auscultation : Deuxième bruit nettement accentué à la base — les battements de l'aorte abdominale sont très sensibles à la palpation — et même visibles.

Foie : o.

Rate : o.

Système nerveux. — Réflexes tendineux assez vifs. Réflexes d'accommodation à la lumière un peu

lents. Petit noëvus mélanique au-dessus de la malléole externe du pied gauche.

BW = 0.

Hecht = 0.

OBSERVATION XIX

Hadj ben..., 40 ans environ, jardinier. — Ma-

lade soigné au dispensaire pour syphilis. A reçu en 1929 une série de Novar. En 1930, une série de Novar et une de Biazan.

Présente depuis un an environ une pigmentation des lèvres supérieure et inférieure recouvrant entièrement la partie externe de la muqueuse, de teinte uniformément ardoisée — et ayant envahi la face interne au niveau des commissures.

Syphilis très ancienne — a eu trois enfants, deux adultes, un de deux ans, tous bien portants.

Ce malade a repris un traitement régulier depuis un mois et il semble que la pigmentation diminue d'intensité.

OBSERVATION XX

Dami bent.... N° 8.775, femme 35 ans.

Soignée il y a deux ans au Dispensaire pour une ulcération de la région présternale (à ce moment BW = +).

Traitement mixte As et Bi — une série de chaque.

Depuis trois mois, apparition au niveau des membres supérieurs de taches lilas-ardoisé d'un diamètre moyen correspondant à une pièce de 1 franc. Au bras gauche — au nombre de cinq — disposées en bande le long du bord interne;

Au bras droit — une à la face antérieure du bras, trois à la face dorsale de l'avant-bras;

Egalement une tache à la base des deux pouces; quelques taches plus petites à la face dorsale des pieds.

Pigmentation buccale. — A la face externe des lèvres inférieure et supérieure, plus parquées du côté gauche — aspect uniforme, teinte bistre foncée. Pigmentation excessivement fine et légère le long des sillons interdentaires, à la face interne des joues. Rien aux gencives — pas de trace de stomatite bismuthique.

Lipones de la région dorsale situés à la face postérieure de l'épaule gauche; a suppuré et est le siège d'une cicatrice non pigmentée.

Pas de tumeur sous-cutanée — pas de déficit psychique ou physique.

Tension Vaquez = 14 1/2-8. Cœur normal. — Système nerveux normal:

A noter une pigmentation diffuse — type chloasma très ancienne à la face antérieure du cou.

OBSERVATION XXI

Layachi ben... Homme, 50 ans.

Soigné au Dispensaire pour une affection dyskeratosique de la jambe droite, le 3 juin 1930.

Paraît avoir fait il y a 30 ans environ des accidents syphilitiques : chancre suivi d'une éruption de syphilides florides disséminés sur tout le corps, la face, le cuir chevelu.

En 1914 — gommé de la voûte palatine — siégeant au sommet et un peu à gauche avec adénopathie cervicale guérie au bout d'un mois.

En 1917 — à la jambe gauche, large plaie ulcéreuse apparue spontanément — à évolution torpide — guérie assez rapidement, probablement soignée par l'iodure de potassium.

Enfin, depuis deux mois environ, apparition au niveau de la jambe droite, sur la face externe d'une part, sur la face interne d'autre part, de deux placards fortement pigmentés, squameux par endroits, avec infiltration du derme — indolores, mais prurigineux, à contours serpigineux, saillants, assez bien limités. En outre, léger œdème dur, indolore, prenant le godet de la jambe droite; très léger à gauche.

Traité au Dispensaire — d'abord par auto-hémothérapie, puis par injections intra-veineuses d'hypo-sulfite de Na.

Il y a 15 jours, ictère, décoloration des selles, pigmentation des urines.

Rien d'anormal dans les antécédents héréditaires.

Examen : Cœur, dyspnée d'effort.

Premier bruit aortique assourdi.

Tension au Vaquez : 16 8 1/2.

Poumon : Expiration prolongée avec sybillances.

Peau et muqueuses : Pigmentation plus marquée au niveau de la verge, des mamelons, des cicatrices. Par contre, il existe et en particulier au niveau des membres inférieurs, des cicatrices dépigmentées. Au niveau de la face interne des joues — de chaque côté existent des taches pigmentaires de teinte ardoisée naissant à la commissure et s'étendant le long du sillon interdentaire — plus marquées et plus foncées à la partie postérieure — leucoplasie bordant ces taches à la portion juxta-commissurale.

Le long du pilier antérieur et remontant vers le voile, pigmentation à aspect déchiqueté, aréolaire plus foncé.

Micropolyadénopathie généralisée.

Bon état général. Pas de diminution de la force musculaire.

Foie et rate normaux.

Système nerveux normal.

Pas d'enfant.

Wassermann = 0.

Hecht : impossible (pas d'hémolysine).

PIGMENTATION D'ORIGINE PHTIRIASIQUE

En 1861, date à laquelle la maladie des vagabonds n'était pas encore une entité clinique, Boucher de la Ville Josey rapportait l'observation d'un malade non addisonien, atteint de phtiriasse et de mélanodermie. Depuis cette époque, jusqu'en 1906 (Thèse de Duplantier), sur tous les cas publiés de phtiriasse avec mélanodermie, la pigmentation buccale n'est signalée que chez quatorze sujets seulement — parmi lesquels quatre sont syphilitiques comme le prouvent les observations que nous reproduisons ci-dessous. Nous y joignons deux observations du Professeur Pautrier concernant des malades présentés comme phtiriasiques — malgré qu'ils soient atteints de syphilis.

OBSERVATION XXII

Greenhow (Transactions of the Clinical Society of London, 1876).

(résumée)

Homme de 60 ans. Souffle diastolique sur toute l'étendue du sternum, léger souffle systolique à la pointe. Matité cardiaque considérablement élargie.

Sur la colonne vertébrale, une large bande est dépourvue de coloration.

Présente une pigmentation buccale : sur les lèvres, quelques lignes noirâtres, et de légères traînées brunâtres sur la muqueuse buccale.

Mort de sa maladie de cœur.

A l'autopsie, capsules surrénales saines. Diagnostic : Mélanodermie phtiriasique.

OBSERVATION XXIII

(résumée)

Besnier. — Réunion clinique de Saint-Louis, 1888-1889.

Homme de 62 ans, originaire du Loiret.

Bubon suppuré à 30 ans, ou syphilis?

Rétraction de l'aponévrose palmaire.

Sur la muqueuse buccale : toute la partie molle du voile semble tatouée, ressemblant à une peau infiltrée de grains d'acier.

Lésions des ongles : hyperplasie accentuée et généralisée de l'ongle. Epaississement en moelle de jonc du lit de l'ongle. Les striations normales présentent une pigmentation linéaire des plus accentuées au pouce, à l'index, à l'annulaire, moins prononcée aux autres doigts.

Diagnostic : phtiriasie.

OBSERVATION XXIV

(résumée)

Thibierge. — Société médicale des Hôpitaux de Paris,
18 décembre 1891.

S..., Alfred, 59 ans.

Antécédents : Rhumatisme articulaire aigu, fièvre jaune, syphilis contractée en 1864, blennorragie.
A la face interne de la joue droite : plusieurs taches brun pâle de deux à quatre millimètres, irrégulièrement disséminées, surtout à gauche.

Sur la voûte du palais, taches arrondies plus petites.

Sur les commissures, leucokératose.

Pigmentations du gland.

Malade présenté comme atteint de mélanodermie phtiriasique.

OBSERVATION XXV

(résumée)

Duplantier. — Thèse de Paris

Z..., femme de 59 ans.

Mélanodermie phtiriasique.

Deux enfants morts de méningite.

Diminution des réflexes patellaires.

Plaques dépigmentées analogues au vilitigo.

Pigmentation buccale.

OBSERVATION XXVI

Pautrier et Lévy (R. Dem. Strasbourg, 12 juillet 1925)
— Maladie des vagabonds et mélanodermie généralisée.

D. G..., 46 ans.

Etat de misère physiologique accentuée. — Pédiculose. Pigmentation diffuse de la peau qui est épaisse, portant d'innombrables cicatrices achromiques — vestiges des lésions de grattage. Sur la muqueuse buccale et particulièrement la muqueuse linguale gauche — plusieurs taches pigmentaires arrondies, du diamètre de deux-trois millimètres, de couleur jaune, lisses et non infiltrées.

Pas d'origine ethnique.

Antécédents : o. Ethylique.

BW : o.

Système nerveux : R. patellaires et achilléens abolis à droite, diminués à gauche.

Romberg.

Analgsie de la région antéro-externe des cuisses et face externe des jambes.

Epreuves oculo-cardiaque — adrénaline — atropine montrent que le malade est sympathicotonique.

Cœur = o.

TA = 9/6.

Examen histologique : surcharge de mélanine dans l'assise basilaire.

Infiltration lymphoconjonctive discrète autour

des vaisseaux dilatés. Assez nombreux chromatophores:

OBSERVATION XXVII

Pautrier, G. Lévy et Sloïmovici (R. Dem. Strasbourg, juillet 1925). — Maladie des vagabonds et mélanodermie généralisée.

B... Frédéric, 47 ans, colporteur.

Antécédents personnels : A 22 ans, tumeur blanche du genou ayant nécessité l'amputation.

En 1919, pleurésie.

A 18-20 ans, excoriations sur la verge.

Actuellement, état de misère physiologique très avancée. Asthénie progressive. Début non précisé. Pigmentation brunâtre, diffuse, sur la presque totalité des téguments.

Prurit et cicatrices achromiques de lésions de grattage.

Peau très épaisse en général, sclérodermie de la jambe gauche.

« Sur la muqueuse buccale, réparties irrégulièrement, surtout sur la muqueuse jugale gauche et les muqueuses labiales, on constate la présence de nombreuses taches pigmentaires. Celles-ci, de diamètre variant de celui d'une tête d'épingle blanche à celui d'un petit pois vert, sont tantôt nettement orbiculaires, tantôt à contour irrégulier. Leur coloration est brune, café au lait. »

Poumons : respiration un peu rude, légèrement sifflante au sommet droit.

Cœur : normal. T. A. : 95/55 RR.

Système nerveux : rien de particulièrement anormal.

Bordet-Wassermann : fortement positif dans le sang +++).

Examen du liquide céphalo-rachidien.

Leucocytes, 3 par cellule de Nagotte.

Globuline, négatif.

Albumine, 0,23.

BW, négatif.

Examen histologique : présence de nombreux mélanoblastes ramifiés dans l'asise basilaire. Chromatophores nombreux dans le derme, où la Dopa est négative. Pigment coloré en noir par l'argentation.

(L'auteur signale la présence de mélanine à l'origine de la pigmentation phthiriasique, souligne l'insuffisance surrénale chez son malade et rappelle l'hypothèse de Bruno Bloch. Il ne pense pas à l'étiologie spécifique à cause du caractère de diffusion de la mélanodermie).

★★

Parmi les observations que nous avons reproduites de pigmentation syphilitique se trouvaient celles de malades atteints de phthiriasé. On doit se demander s'il y a simple coïncidence ou bien, au contraire, si l'on doit discriminer un facteur étiolo-

gique prédominant. Autrement dit, quelle est la part de la phthiriasse? Quelle est la part de la syphilis? En faveur de cette dernière, il y a d'abord un argument de fréquence. Sur 14 observations, 4 concernent des syphilitiques. Et plus récemment, soit que l'on recherche le trépomène avec plus d'exigence, soit que l'on dispose pour aider à cette recherche de moyens plus parfaits, sa présence est de plus en plus fréquente. Depuis la guerre, les cas publiés concernent des malades atteints de syphilis dans presque tous les cas.

Un autre argument nous est fourni par la fragilité des théories tendant à expliquer la formation de la pigmentation — et au premier chef de la pigmentation buccale dans la maladie des vagabonds. Quelles sont ces théories?

1° *Pigmentation par action toxique*

Après les expériences démonstratives de Duguet, on savait que le phthirus inguinalis provoquait par sa morsure et l'action toxique d'un venin, une pigmentation locale sous forme de taches bleues.

Par analogie, on a pensé que le pédiculus corporis pouvait avoir une action analogue. Boudon (Th. Bordeaux, 1893) a repris les expériences de Duguet et montré qu'il n'en était rien.

2° *Pigmentation par action mécanique*

La dyschromie, a-t-on dit également, résulterait de cicatrices pigmentaires au niveau de lésions de

grattage. On y a répondu que les autres dermatoses prurigineuses n'étaient pas obligatoirement pigmentaires et que certains phthiriasiques ne se grattaient pas.

3° *Pigmentation d'origine hématique et mécanique*

Les théories précédentes auraient pu à la rigueur expliquer une pigmentation locale et non une pigmentation à distance. C'est pourquoi Thibierge pensait à une altération de la matière colorante du sang, due autant à la cachexie qu'aux lésions de grattage, à la formation d'un pigment pathologique qui serait véhiculé par le sang.

Outre que ce mécanisme ne correspond pas à l'aspect histologique de la répartition du pigment, on doit refuser à la cachexie ce rôle d'élaborer du pigment. D'abord, parce que tous les phthiriasiques ne sont pas cachectiques, ensuite parce que les autres affections cachectisantes n'entraînent pas de troubles analogues.

4° *Pigmentation par troubles endocriniens*

C'est alors que par analogie avec la maladie d'Addison, la surrénale a été mise en cause. Il est certain que le diagnostic différentiel en est parfois difficile ; chez bien des malades examinés, il manquait le signe majeur de la fatigabilité musculaire. Mais de plus, la vérification anatomique a pu être pratiquée cinq fois (Worth). Aucune lésion macro-

scopique n'a été constatée, ni même histologique dans un cas (Loeper) où les ganglions sympathiques également examinés parurent, eux aussi, normaux.

La logique nous invite à supposer que cette mélanodermie, comme les autres, est d'ordre endocrino sympathique. Mais si les lésions de grattage expliquent la localisation cutanée aux lieux d'élection, on comprend moins bien la pigmentation buccale. Et c'est alors qu'on doit souligner la rareté des lésions buccales par rapport aux lésions cutanées dans la phtiriasis et rapprocher cette rareté de la fréquence de la syphilis dans ces cas d'exception.

Pourquoi ne pas penser alors que ces phtiriasiques sont ou étaient déjà porteurs de pigmentations syphilitiques au niveau de la muqueuse buccale et qu'ils font de la mélanodermie cutanée suivant un processus habituel.

PIGMENTATION

BUCCALE DANS LA TUBERCULOSE

La part de la tuberculose est extrêmement restreinte dans la pigmentation buccale et nous verrons qu'il faut la restreindre encore.

Cette notion est due à Laffite et Moncany. En 1903, ils rapportaient à la Société Médicale des Hôpitaux que sur vingt-sept tuberculeux en traitement dans leur service, sept étaient porteurs de pigmentations cutanées et que trois d'entre eux présentaient des pigmentations buccales, chose considérée jusqu'alors comme excessivement rare. Tellement rare que dans sa thèse sur « La pigmentation cutanée dans la phthisie pulmonaire », Jeannin, en 1869, faisait de ce signe négatif un élément capital de différenciation d'avec la maladie d'Addison.

Or, sur les trois malades de Laffite et Moncany, deux sont indiscutablement syphilitiques, comme en témoignent les observations suivantes :

OBSERVATION XXVIII

(Résumée)

Laffite et Moncany. — (Société Médicale des Hôpitaux, 1903).

1^{re} Observation. — Homme de 37 ans.

Antécédents : cicatrice pigmentée dans la rainure balanopréputiale d'un chancre remontant à 5 ans. Non soigné. Roséole, violentes céphalées, alopécie, douleurs ostéocopes, maux de gorge. Pas d'alcoolisme. Tuberculose pulmonaire du second degré.

Pigmentation cutanée.

Dans la bouche, deux taches pigmentaires de forme circulaire de 2 millimètres de diamètre environ, de coloration brune à la face interne de la lèvre supérieure du côté droit ; une autre tache à l'union de la muqueuse labiale et de la peau, une autre à la face interne de la joue droite.

OBSERVATION XXIX

(Résumée)

Laffitte et Moncany. — (Société Médicale des Hôpitaux 1903).

2^e Observation. — Homme de 38 ans.

Tuberculose du premier degré ayant débuté il y a deux mois. Femme morte jeune de tuberculose.

A fait la campagne de Cochinchine. Chancre du méat à 28 ans. Traitement régulier de la syphilis pendant 6 mois seulement. Pigmentation buccale sur la joue gauche avec plaque de leucoplasie sur la muqueuse jugale gauche. Du côté droit : six petites taches pigmentaires de couleur bistre de la taille d'une lentille.

De plus, à la même époque, sur 31 tuberculeux mélanodermiques qu'il avait étudiés, Laignel-Lavastine n'avait rencontré aucune modification au niveau de la muqueuse buccale.

Laffite et Moncany pensaient à une atteinte tuberculeuse des surrénales. Si l'on considère le nombre de tuberculeux dont les surrénales sont touchées, et qui ne font pas de mélanodermie, il est plus simple d'attribuer à la syphilis la cause de ces pigmentations.

PIGMENTATION

BUCCALE DANS LES CIRRHOSSES PIGMENTAIRES

Dans la cirrhose pigmentaire et sa forme de diabète bronzé, il existe de la mélanodermie — Gouget, en 1911, a montré, au surplus, que la pigmentation buccale y était relativement fréquente puisque, étudiant les observations jusque là publiées, au nombre de 60, il pouvait en relever 11 cas. D'autres ont été publiés par la suite. C'est donc une notion classique.

Un processus anormal d'hémolyse, probablement d'origine splénique, apporte au foie les résidus de l'hémoglobine que la cellule hépatique, troublée dans son fonctionnement, ne peut plus évacuer dans la bile. De là se produisent des dépôts de pigments ferrugineux dans les divers organes, dans les glandes sudoripares. Mais la mélanodermie est due à la surcharge de mélanine au niveau de la basale, grâce à un processus mal connu. Le pigment dérive peut-être du noyau de la globine?

La syphilis joue-t-elle un rôle? Elle n'est pas rare dans la cirrhose pigmentaire. Parmi les cas publiés de pigmentation banale dans la cirrhose, Jean-

selme a rapporté deux observations de syphilitiques. (S. M. H. 97).

L'une concerne un homme de 43 ans avec une tache pigmentaire au niveau de la gencive supérieure, et chez lequel on notait une abolition des réflexes rotuliens et achilléens, et de la monorchidie.

L'autre, soigné pour chancre induré, présentait un liséré gingival de pigmentation. A la nécropsie, il n'y avait pas de lésion des surrénales.

Plus récemment, Dransart (Thèse Paris 27) attirait l'attention sur la fréquence de la syphilis dans le diabète bronzé ; il apportait à l'appui trois nouvelles observations^e dont l'une concernait un malade présentant de la pigmentation buccale.

Sans conclure d'une façon favorable à l'importance de la syphilis, il faut la compter parmi les diverses altérations de l'organisme qui peuvent jouer un rôle dans la fixation du pigment.

PIGMENTATIONS

D'ORIGINE ETHNIQUE OU PHYSIOLOGIQUE

Lorsque Sabareanu fit connaître la possibilité de pigmentations buccales d'origine ethnique, on savait déjà que ces pigmentations pouvaient exister sans troubles pathologiques, grâce à une observation de Besnier (*Ann. Dermat* 1889) et à l'article *Maladie d'Addison* du *Traité de Pathologie* d'Eichhorst. Sabareanu disait les avoir rencontrées une fois sur vingt chez des Roumains, une fois sur trois chez les Tziganes. Ces taches apparaissaient après la puberté, chez des individus très bruns, de basse classe. En 1909, à la Société de Dermatologie de Vienne, d'autres auteurs (Weidenfeld, Kren, Ehrmann) confirmaient l'existence de ce fait chez les Tziganes. A la même époque, Mollow le signalait comme possible chez les Bulgares.

En 1912, Bonnet publiait huit cas qu'il avait rassemblés en trois ans, concernant des adultes bien portants dont cinq français, six hommes et deux femmes, venus consulter pour des affections vénériennes récentes. Suivaient les cas de Dufour et Alardo, Crouzon. On en signalait chez les peuples les plus divers : Philippins (Lortat-Jacob), Algériens

(Brault et Montpellier), et tous les auteurs tendaient alors à en faire un phénomène physiologique.

Le caractère physiologique de cette affection mérite d'être discuté. Il est difficile d'en admettre l'existence alors qu'il n'existe pas de dyschromies strictement physiologiques de la peau, même parmi les plus banales en apparence et que pourtant la peau élabore normalement du pigment. Bonnet pensait qu'il existait une pigmentation physiologique de la muqueuse à peine visible, à l'état d'ébauche rudimentaire qui pourrait alors être exaltée.

Il est certain, comme l'ont montré Ramel, puis Becker, que la Dopa réaction est positive au niveau de la muqueuse buccale, même lorsqu'il n'existe pas de pigment visible (21 o/o des cas). L'aptitude de la muqueuse à la pigmentogenèse est certaine, mais ne peut jouer que par un processus pathologique, par apport d'un chromogène.

Une autre façon de présenter ces taches comme physiologiques consiste à en faire un stigmate d'atavisme (Carnot), ce caractère étant supposé normal dans certaines races — au même titre la tache mongolique. Il faut se refuser à cette assimilation. La tache mongolique diffère comme siège anatomique, c'est une pigmentation du derme et comme évolution apparaissant à la naissance pour disparaître par la suite, alors que les taches pigmentées de la bouche ne se voient jamais avant la puberté et persistent.

Ce stigmate d'atavisme n'est vraisemblable que s'il existe d'une façon constante ou très fréquente

dans les races originelles. Seuls les Tziganes avec la proportion de un sur trois répondent à cette condition.

Les Roumains ne forment pas une race définie mais un agrégat de races diverses et lorsque Sabareanu attirait l'attention sur ce fait qu'il s'agissait de gens de basse classe, il émettait l'hypothèse de croisements plus ou moins clandestins avec les tziganes.

Brault et Montpellier ont signalé la présence de cette pigmentation chez les Arabes d'une façon fréquente — un tiers environ des sujets examinés. Nous avons à notre tour procédé sur ce sujet à une enquête portant sur les indigènes venant consulter au Dispensaire de Dermato-vénérologie à Casablanca.

Nos chiffres sont absolument différents. Sur près de 300 malades, 4 seulement ont pu être retenus comme ayant une pigmentation buccale nette. Il est bon de préciser que parmi les malades examinés, certains présentaient un type nègre presque pur; que chez d'autres, le croisement avec des noirs était évident. Incontestablement les Arabes présentent une tendance à l'hyperpigmentation cutanée : cicatrices pigmentées d'ulcères, syphilides pigmentaires, hypercoloration uniforme de la muqueuse libre des lèvres. Mais les taches de la muqueuse sont relativement rares. Le fait le plus intéressant, à notre avis, est que ces 4 malades, dont nous avons reporté plus haut l'observation étaient syphilitiques, ce qui n'est pas fait pour surprendre si l'on se rap-

pelle la fréquence de la syphilis chez les Arabes, de 60 à 70 o/o (Lacapère). Brault et Montpellier, d'ailleurs, à l'appui de leur travail, citent aussi quatre observations sur lesquelles on note deux syphilitiques, un troisième n'ayant pas de pigmentation buccale, un quatrième atteint de sclérodactylie et nous verrons plus loin la coexistence fréquente de la pigmentation avec la sclérodactylie.

En résumé, il n'existe pas d'argument logique en faveur d'une pigmentation physiologique.

La pigmentation ethnique ne peut être retenue que dans des cas très limités, comme celui des tziganes, avec cette réserve que la syphilis n'a pas été recherchée systématiquement chez les malades examinés et que nos connaissances sur ce peuple sont assez vagues.

Par contre, demeure en faveur de la syphilis, un argument de fréquence fourni avec complaisance par les observations cliniques. Avant de terminer ce chapitre, remarquons encore que lorsque surgirent les discussions sur l'ethnicité de ces pigmentations, l'hypothèse de la syphilis n'avait pas encore été proposée. On n'y pensait pas ou bien les moyens d'investigations n'étaient pas aussi complets que de nos jours. Et si, avertis par l'évolution des idées à ce sujet, on interroge les observations antérieurement publiées, on peut y retrouver la syphilis. Sur les 20 cas publiés de 1909 à 1913, on peut relever 4 observations où ce facteur paraît devoir être suspecté.

OBSERVATION XXX

(Résumée)

Aupicon. — Thèse de Paris, 1910.

Espagnole entrée à l'hôpital pour tabes incipiens. Signe d'Argyll Robertson. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens.

Femme brune. Pas de maladie d'Addison ni de phtiriasis.

Des deux côtés, sur la face interne des joues ; au niveau de l'espace inter dentaire, deux ou trois petites taches noires.

OBSERVATION XXXI

(Résumée)

Dufour et Alardo. — (Soc. Med. Hôp., 3 mai 1912).

Pigmentation mélanique de la muqueuse buccale. Malade de 70 ans entré pour congestion pulmonaire. Pigmentation noir brun, semblable à celle de la maladie d'Addison formant des taches lenticulaires sur le bord des lèvres, la face interne des joues, le voile.

A la base du cou, vitiligo.

Pas de mulâtres dans les antécédents, pas de signes d'Addisonisme ni de traces d'intoxication possible.

OBSERVATION XXXII

(Résumée)

Lortat Jacob. — (Soc. médic. Hôp., 14 juin 1912.)

Pigmentation physiologique des muqueuses.
Homme de 73 ans se plaignant d'insomnies, cauchemars. La pigmentation est une découverte de l'examen.

Sur la face interne des joues : deux traînées minces de leucoplasie. Pigmentation très nette de la face interne formant des îlots pigmentés de la dimension d'une lentille.

Ni Addison, ni phtiriasse, ni intoxication, ni tuberculose.

Signes nets d'athérome aortique, et d'athérome cérébral.

Originaire de Manille (Philippines).

OBSERVATION XXXIII

(Résumée)

Crouzon. — (Soc. médic. des Hôp., 25 juillet 1913.)

Pigmentation des muqueuses d'origine ethnique.

Homme 39 ans, israélite roumain.

Brun en général. Taches hyperchromiques sur le corps.

Cicatrices non pigmentées.

Petits placards bruns ardoisés sur les commissures, surtout à droite et à la lèvre inférieure.

Pas d'Addison.

Hospitalisé pour hémiplegie gauche datant d'octobre 1912, sans lésion cardiaque.

Pas de syphilis avouée ; Wassermann négatif.

PIGMENTATION DANS LA MALADIE D'ADDISON

ET AUTRES ETATS DYSENDOCRINO

SYMPATHIQUES

La mélanodermie buccale dans la maladie d'Addison est une notion classique, mais ce symptôme n'est, ni constant, ni pathognomonique. Les conditions de cette pigmentation sont très discutées.

L'atteinte surrénale seule ne peut guère l'expliquer. Pour certains, l'action du sympathique est indéniable, due à une lésion de voisinage du plexus solaire, ou à l'atteinte du paraganglion sympathique surrénalien. Pour d'autres auteurs (Laignel-Lavastine), les conditions de la pigmentation sont plus complexes, il faut qu'il y ait à la fois méiopragie surrénale, accroissement du pigment par destruction hématique exagérée et évolution chronique de la maladie causale. Widal faisait rentrer la mélanodermie addisonnienne dans les mélanodermies par hémolyse en invoquant le mécanisme suivant : l'hypo-sympathicotonie constante dans la maladie d'Addison entraîne une dilatation des petits vaisseaux périphériques, d'où stase sanguine et abandon d'hémoglobine.

Pour Bittdorf (D. Arch. J. Klin. Med. 1921), il y aurait augmentation de l'oxydation adrénalinique au niveau de la peau.

Pour Sézary, la mélanodermie relève directement de troubles endocriniens, troubles pouvant porter non seulement sur la surrénale, mais sur le foie, la thyroïde ou d'autres glandes encore.

A l'appui de cette opinion viennent des observations de melanose dans des affections dysendocriniennes diverses.

Maladie de Basedow : Fayolle en particulier a montré la possibilité de pigmentation buccale soit dans le Basedow pur, soit, plus souvent dans des formes associées avec la maladie d'Addison.

Cirrroses pigmentaires. — On a vu, à propos des cirrroses pigmentaires, que plusieurs glandes concourraient à la fonction des taches mélanodermiques.

Maladie de Dupuytren et Sclérodermies. — En dépouillant les différentes observations qui ont été utilisées dans ce travail, nous avons été frappés de la coexistence non encore signalée de la rétraction de l'aponévrose pulmonaire avec les pigmentations. Or, Leriche dernièrement (Press. Med. déc. 1930) établissait un rapport entre cette affection et des troubles de la calcémie, probablement due à un trouble fonctionnel des parathyroïdes. Les troubles pigmentaires dans la sclérodermie étaient déjà connus, aussi

bien dans la sclérodermie généralisée que dans la sclérodactylie. Dans ces affections, on a pu établir, avec assez de certitude, l'hypothyroïdie des malades en question.

Troubles ovariens. — Le dysfonctionnement ovarien a pu aussi être mis en évidence comme dans l'observation de Gougerot et Burnier, comme chez la malade d'Hudelo et Rabut, revue en 1928 par Rouillard et Barreau (Soc. Méd. Hôp., juin 1928) et chez laquelle ils ont pu montrer l'insuffisance thyroovarienne avec des modifications de la thiémie, confirmant ainsi les travaux de Lœpes, Ollivier et Tonnet sur les variations de la thiémie dans les états mélanodermiques.

Sans vouloir solliciter les faits d'une façon exagérée, il est bon de rappeler que, d'une façon générale, la syphilis aussi bien acquise qu'héréditaire touche volontiers les glandes vasculaires sanguines.

D'une façon plus précise, on peut rappeler le rôle possible de la syphilis dans la maladie d'Addison et l'influence heureuse du traitement antisiphilitique dans certains de ces cas.

Dans la maladie de Basedow, son rôle soupçonnable par la coexistence assez peu rare du vitiligo, a été signalé en particulier par Schulmann.

Dans la sclérodermie, Audry et Chatellier, Bertin ont montré qu'il y avait un rapport fréquent avec la syphilis.

Le grand sympathique également — par son at-

teinte isolée peut, disent certains auteurs, être à l'origine des pigmentations de la grossesse, du Basedow, de l'acanthosis nigricans. Levy Froenkel et Juster ont bien montré l'action importante de la syphilis dans certains troubles du sympathique.

MECANISME DE LA PIGMENTATION

La question de la formation et de la précipitation du pigment n'est pas encore éclaircie et les théories qui tendent à l'expliquer, encore incomplètement vérifiées.

Alors qu'autrefois il était admis que les mélanines tiraient leur origine du pigment sanguin, actuellement, après les travaux de Bertrand, Bruno Bloch, on fait intervenir un processus fermentatif dû à une oxydase à action plus ou moins spécifique. Le chromogène est représenté par un composé de la série aromatique, résultat d'une désintégration protéique, suffisamment avancée. Si l'hémoglobine peut lui donner naissance, c'est grâce à son groupement hématique.

Le ferment est soit une tyrosinase, soit une oxydase ou peroxydase. Pour Bruno Bloch c'est plus spécialement la dopaoxydase.

Cette action diastasique, au mécanisme encore inconnu réclame en outre pour sa production des conditions de milieu en particulier du pH.

★
★

Ce sont ces conditions de métabolisme général qui ont suscité le plus de discussions théoriques. Il nous paraît sage, suivant le mot de Laënnec, de penser que les doctrines et les théories médicales ne sont faites que pour relier des faits et doivent s'effacer si l'un d'eux leur résiste.

En l'espèce que nous montrent les faits, l'observation chimique?

D'abord que la mélanodermie buccale n'appartient en propre à aucune affection.

Qu'elle est le fait d'un grand nombre d'affections qui possèdent toutes entre elles le lien de troubles endocriniens divers ou de troubles sympathiques, dont on connaît d'ailleurs les affinités.

Enfin que la syphilis revient dans les cas observés avec une fréquence trop grande pour, dans cette diversité, ne pas créer un lien certain. Sans chercher à pénétrer les moyens d'action de la syphilis on constate qu'elle agit dans certains cas en provoquant les perturbations endocrino-sympathiques ; dans d'autres, -en associant aux taches pigmentaires et sans doute en provoquant ses lésions locales bien caractéristiques telles que la leucoplasie.

Tel est l'enseignement des faits que nous jugeons suffisant pour en tirer une déduction thérapeutique, non pas, s'il s'agit d'une melanose buccale isolée, sans phénomènes morbides associés, mais au

contraire, s'il existe des troubles divers qui peuvent bénéficier d'un traitement anti-syphilitique. Lorsqu'une étiologie ne s'impose pas d'emblée, la présence de taches pigmentées peut retenir l'attention sur l'hypothèse de la syphilis, et même en dehors de tout autre signe avoué ou constaté, poser l'indication d'un traitement, ne serait-il qu'un traitement d'épreuve.

CONCLUSIONS

1. — L'origine ethnique ou physiologique des pigmentations buccales est très restreinte. Il s'agit souvent en réalité d'une mélanodermie d'origine syphilitique.

2. — Il en est de même dans certaines pigmentations attribuées à la phtiriose et à la tuberculose.

3. — La syphilis agit :

Ou bien en provoquant des troubles endocrino-sympathiques;

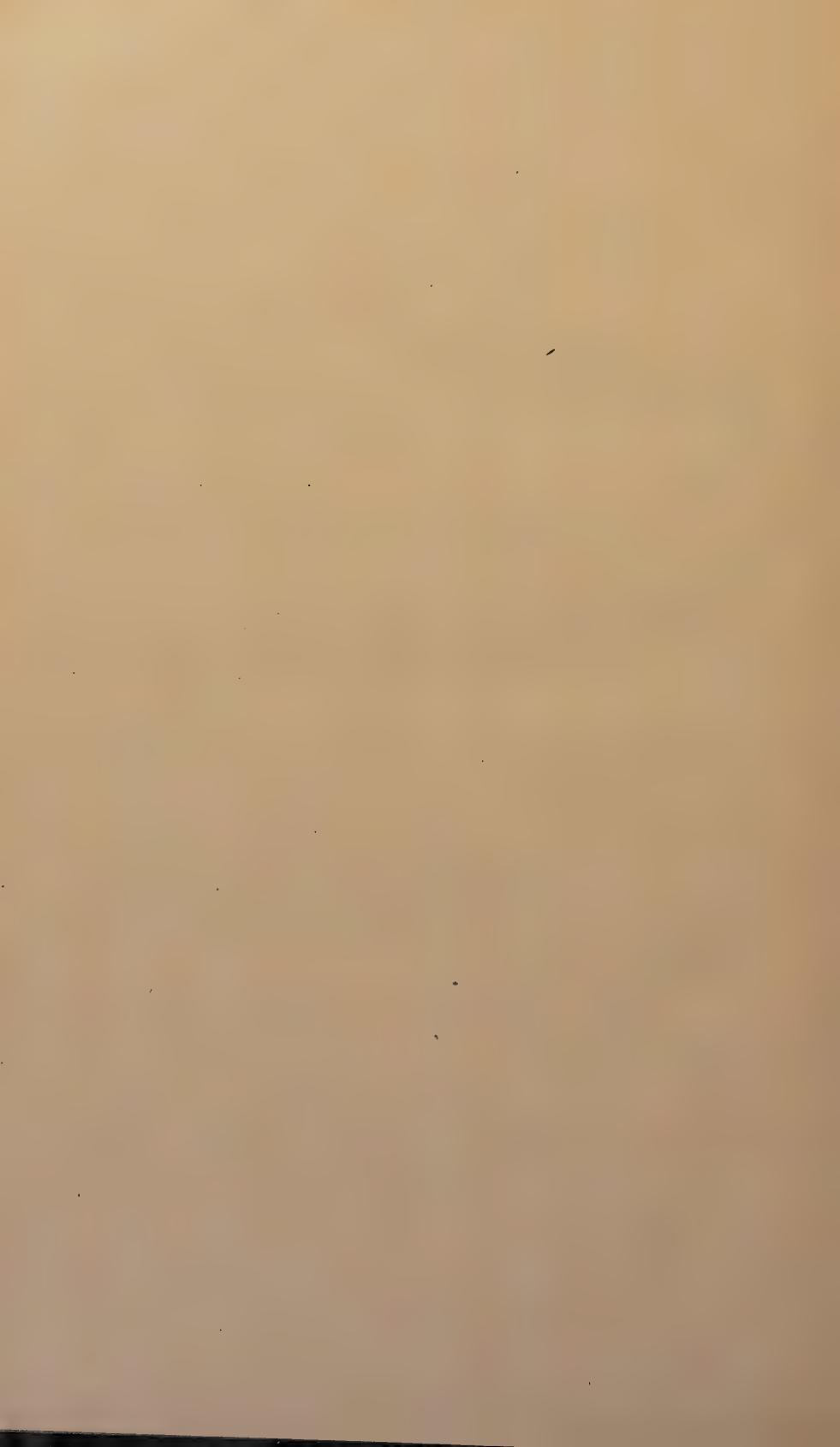
Ou bien en provoquant la pigmentogenèse au niveau de lésions locales de nature spécifique ainsi qu'en témoigne la coexistence fréquente de la leucoplasie.

4. — La constatation de pigmentations buccales isolées ou associées à d'autres troubles doit faire rechercher la syphilis et même proposer un traitement d'épreuve.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président,
GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.



BIBLIOGRAPHIE

- Antony.* — Pigmentations of the mucous membrane of the mouth *Journal of Americ. Med. Assoc.*, nov. 1908.
- Audry et Boireau.* — Sclerème de l'adulte avec pigmentation de la muqueuse buccale. *Bullet. Soc. Dermat.*, 1906.
- Audry et Chatellier.* — Sclerème des adultes et syphilis. *Ann. de Dermat. et Syphil.*, 1923.
- Aupicon.* — Valeur seméiologique de la mélanodermie des muqueuses. Thèse de Paris, 1909.
- Becker.* — Pigmentation mélanique. *Archives of Derm. and Syph.*, sept. 1927.
- Bertin.* — Rapports de la syphilis et de la sclérodermie. *Ann. de Dermat. et Syphil.*, 1926.
- Bloch (Bruno).* — *Handbuch der Haut und gesch. Krank.*, 1927.
- Bonnet.* — *Lyon Médical*, 1912.
- Boucher de la Ville Josey.* — *Soc. Médic. Hôp.*, 1861.
- Boudou.* — De la mélanodermie phtiriasique. Thèse Bordeaux, 1893.
- Brault et Montpellier.* — Mélanodermie physiologique des muqueuses. *Soc. Path. exot.*, 11 mars 1914.
- Carnot.* — Recherches sur le mécanisme des pigmentations. Thèse Doct. ès-sciences, Paris, 1896.
- Chatou.* — *Ann. Dermat. Syphil.*, 1900.
- Civatte.* — Le pigment cutané, *Paris médical*, 1924.
- Crouzon.* — *Soc. Médic. Hôpit.*, mai 1912-nov. 1912. *Soc. Médic. Hôpit.*, juillet 1913.
- Dantos.* — *Bulletin Soc. Dermat.*, 1897.
- Darier.* — *Le pratique dermatologique*, t. III.

- Dejust.* — La mélanogénèse et les ferments cutanés. *Ann. Dermat. et Syph.*, 1928.
- Dransart.* — Cirrhoses pigmentaires d'origine syphilitique. Thèse Paris, 1927.
- Dufour & Alardo.* — *Soc. Médic. Hôp.*, mai 1912.
- Duplantier.* — Contribution à l'étude de la pigmentation des muqueuses dans la mélanodermie phtisiasique. Th. Paris, 1897.
- Eichhorst.* — *Traité de Path. int.*, T. VI.
- Fayolle.* — Th. Paris, 1914.
- French (Herbert).* — *Archives des maladies du cœur*, 1913.
- Gilbert et Coury.* — *B. Soc. Médic. Hôp.*, 1926.
- Gouget.* — *B. Soc. Médic. Hôp.*, 1902.
- Greenhow.* — *Transact. of the clin. Society of London*, 1876.
- Gougerot, Perrin et Filliol.* — Sclérodermie et pigmentation. *Bulletin Société Dermatologique*, décembre 1928.
- Grisel.* — Thèse de Lyon, 1892.
- Hallopeau et Leredde.* — *Traité de Dermatologie*.
- Hervier.* — *Traité de path. int. Collect. Sergent*.
- Heuyer.* — Les mélanodermies. *Tr. Roger Widal Tessier*.
- Jeannin.* — Pigmentation cutanée dans la phtisie pulmonaire. Thèse Paris, 1869.
- Lacapère.* — La syphilis arabe.
- Laignel-Lavastine.* — Pathologie du sympathique. Mélanodermie et sympathique. *Presse médicale*, 1923.
- Lévy-Frankel et Juster.* — La syphilis du grand sympathique. *Annales Mal. Veri.*, 1923.
- Loeper-Ollivier-Tonnet.* — Les variations du soufre dans le sérum des mélanodermiques. *Progrès Médical*, 1925.
- Milian.* — La syphilis pigmentaire, *Soc. Médic. Hôp.*, 1921.
- Mollow.* — Sur la pigmentation de la muqueuse buccale. *Revue de Médecine intern.*, 1909.

- Montpellier.* — Histologie des taches pigmentaires physiologiques des muqueuses. *Ann. Derm. et Syph.*, 1917.
- Ollivier.* — La cirrhose pigmentaire. Thèse Paris, 1925.
- Prodanoff.* — *Annales Anat. Pathol.*, mars 1925.
- Ramel.* — Pigmentation de la muqueuse buccale interprétée par la Doparéaction. II^e Congrès Dermatologique Strasbourg, juillet 1923.
- Rolleston.* — *Pressé Méd.*, 1909, page 783.
- Sabareanu.* — *Revue de Médecine*, 1908.
- Sergent et L. Bernard.* — *Arch. Gén. de Méd.*, 1889.
- Selikovitch.* — Thèse Paris, 1928. Les pigmentations syphilitiques de la muqueuse buccale.
- Szary.* — Sympathique et pigmentation cutanée. *Progrès Méd.* 1923. Les Mélanodermies d'origine endocrinienne, *Journ. Méd. Fr.* 1921. L'aptitude à la pigmentation. *La Médecine*, 1922. Pathogénie et séméiologie des mélanodermies. *Presse Médicale*, 1921.
- Thomas (André).* Pigmentation de la peau dans les affections de la moelle. *Revue de Neurologie*, 1922.
- Verne.* — Les pigments dans l'organisme animal, 1926. Etudes sur la chimie physiologique de la peau, 1928.
- Worth.* — Pigmentation des muqueuses dans la mélanodermie phtiriasique. Thèse Paris, 1906.

